·综述与专论·

癌症生存者整合型照护模式的概念框架、特征与对我国的启示

赵苗苗[1，2]，高月霞[1，2]，徐燕飞[3]，宗莉[4]，吴群红[5*]

1.226019 江苏省南通市，南通大学公共卫生学院卫生事业管理学系
2.226019 江苏省南通市，南通大学卫生与健康发展研究院
3.226001 江苏省南通市，南通大学附属肿瘤医院消化肿瘤内科
4.226001 江苏省南通市，南通大学附属肿瘤医院早诊早治项目办
5.150086 黑龙江省哈尔滨市，哈尔滨医科大学卫生管理学院社会医学教研室
*通信作者：吴群红，教授；E-mail：wuqunhong@163.com

【摘要】 癌症是世界性的重大公共卫生问题。癌症发病率的持续升高以及生存时间的不断延长导致癌症生存者数量持续攀升。癌症生存者面临着身体、心理和社会照护方面的复杂挑战，其照护服务也需要跨领域、跨部门、跨学科的有效协同与整合，建立癌症生存者整合型照护模式已经成为各国应对癌症生存者照护挑战的重要策略。然而目前我国癌症生存者照护领域的发展还相对滞后。本文梳理和总结了当前代表性的癌症生存者整合型照护模式的概念框架、特征、应用以及在我国的实践进展，结合我国卫生服务体系状况，从建立共识、试点探索、人才建设、强化基层，政策支持等五个方面提出相关建议，以期为我国设计与实施癌症生存者整合型照护策略提供参考和借鉴。

【关键词】 癌症生存者；整合型照护模式；生存者照护体系；卫生服务

【中图分类号】 R 730.9 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0803

Integrated Care Models for Cancer Survivorships: Conceptual Framework, Characteristics and Implications to China

ZHAO Miaomiao[1，2]，GAO Yuexia[1，2]，XU Yanfei[3]，ZONG Li[4]，WU Qunhong[5]*

1.Department of Health Management，School of Public Health，Nantong University，Nantong 226019，China
2.Institute for Health Development，Nantong University，Nantong 226019，China
3.Department of Gastroenterology，Tumor Hospital Affiliated to Nantong University，Nantong 226001，China
4.Office of Early Detection of Cancer Program，Tumor Hospital Affiliated to Nantong University，Nantong 226001，China
5.Department of Social Medicine，School of Health Management，Harbin Medical University，Harbin 150086，China
**Corresponding author：WU qunhong，Professor；E-mail：wuqunhong@163.com*

【Abstract】 Cancer is a significant global public health issue. With the continuous increase in cancer incidence rates and the prolonged survival time of cancer patients，the number of cancer survivors is also steadily rising. Cancer survivors face complex challenges in terms of physical，psychological，and social care，and their care services require effective coordination and integration across disciplines，sectors，and domains. Establishing integrated care model for cancer survivors has become an important strategy for addressing the challenges of survivorship care globally. However，the development of cancer survivorship care in China has been relatively lagging. This article synthesizes and summarizes the conceptual frameworks，characteristics and practical application of several representative integrated care models for survivorships. Based on China's healthcare service system，recommendations for designing and implementing integrated care strategies for cancer survivorships in China are proposed from five aspects：establishing consensus，pilot testing and exploration，workforce development，strengthening primary care，and policy support.

【Key words】 Cancer survivors； Integrated care models； Survivorship care system；Health services

基金项目：国家自然科学基金（72004104）；南通市卫健委科研课题（MSZ2023043）；南通大学临床医学专项项目（2022LZ011）

引用本文：赵苗苗，高月霞，徐燕飞，等.癌症生存者整合型照护模式的概念框架、特征与对我国的启示［J］.中国全科医学，2024.［Epub ahead of print］. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0803.［www.chinagp.net］

ZHAO M M，GAO Y X，XU Y F，et al. Integrated care models for cancer survivorships：conceptual framework，characteristics and implications to China［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］.

癌症是威胁人群健康的重大公共卫生问题。WHO下属国际癌症研究机构（IARC）发布的全球癌症负担最新数据显示，2020年全球新发癌症病例1 929万例，其中中国新发癌症457万例，占全球23.7%，平均每分钟有7.5人确诊癌症，位居世界之首[1]。随着筛查、诊疗技术的发展和进步，癌症生存率和生存时间不断提高，癌症也逐渐被认可为是一种可调、可控的慢性疾病，越来越多的患者将可能长期带癌生存。美国国家癌症生存联盟（National Coalition for Cancer Survivorship，NCCS）将癌症生存者（cancer survivorship）定义为癌症确诊时至生命终止范围内的所有人，并且家庭成员、朋友和照护者也被囊括其中因为他们也受到癌症影响[2]。根据我国国家癌症中心数据，我国癌症5年生存率已经从30.9%上升到40.5%[3]。持续升高的发病率与不断延长的生存时间意味着我国癌症生存者人数也将不断攀升。

癌症是一种高度复杂的疾病，具有长期性、复杂性和多样性等特点，其治疗可能涉及多个专业领域并需要在不同种类的服务之间频繁转移。然而不同服务机构所属体制、管理制度、运行管理等方面的差异加剧了照护服务的部门分割、利益分割和行动分割，导致了照护服务缺乏协调性，呈现碎片化，难以满足癌症生存者的需求[4]。此外，癌症生存者在疾病治疗和生存期间除了经历治疗副作用、疼痛、疲乏等躯体功能障碍外，还面临着持续的心理、经济、社会等方面的独特困境[5]。因此，癌症生存者的照护需求已经超出癌症疾病本身及其管理的范畴，需要建立跨领域、跨部门、跨学科、跨层级的系统性照护和支持体系，以预防和管理癌症与非癌症领域的多维挑战。整合型照护作为应对复杂照护需求挑战、克服卫生服务体系碎片化障碍的战略性举措，通过强化以人为中心的照护实践变化，依赖服务提供者之间的沟通、协调与合作，可以为生存者提供全生命周期的、连贯且持续的整体照护服务，改善照护体验并提升卫生服务系统效率和价值，在癌症照护领域受到越来越多的关注和重视[6-7]。

目前国外已经在癌症生存者整合型照护实践上进行了有益的探索[8]。但目前关于癌症生存者整合型照护的概念还不清晰，且尚未形成系统、有效、可推广的实践模式[9]。在我国，癌症相关的医疗和服务资源往往集中在临床治疗阶段，对已完成治疗的潜在治愈者、带癌生存者和处于疾病缓解期、观察期的生存者缺乏足够的关注和支持，对于生存者的康复管理也多围绕复发和生存结局监测而展开，使癌症生存者成为了事实上的“失医者”[10]。我国癌症生存者照护的理论研究和实践模式还相对缺乏，尚未建立行之有效的整合型照护模式，在提供高质量癌症生存者照护方面还存在较大差距[11]。为弥补这一差距，本文通过对当前代表性的癌症生存者整合型照护模式的概念、特征、应用以及在我国的实践进展进行梳理和总结，分析探讨我国癌症生存者整合型照护的挑战和改革策略，为我国设计并实施癌症生存者整合型照护模式提供参考。

本文文献检索策略：计算机检索Web of Science、PubMed、中国知网、万方数据知识服务平台，检索时间设定为建库至2023年9月。中文检索词包括“癌症”“癌症生存者”“整合型照护”“整合型服务”“照护模式”，英文检索词包括“cancer suvivors/surviorships”“integerated care”“integrated health care”“integrated service”“care model”。纳入标准：涉及癌症生存者整合型照护的理论、实证研究和综述等内容的文献，以近5年发表的代表性文献为主。与本文主题密切相关的理论研究和经典文献发表时间适当放宽。排除标准：与本文主题无关联，无法获取原文，重复发表或质量差的文献。

1 癌症生存者整合型照护的概念内涵

整合型照护（integrated care）已经在医疗卫生服务领域已经得到了较多应用，但其概念和内涵还缺乏共识，尚未形成通用的术语[12-13]。整合型照护可以追溯到古希腊时期医疗实践中生理和心理症状并重的理念，并于20世纪70年代后开始应用于儿童和老年照护服务领域[14]。20世纪90年代以来，WHO呼吁各国重视服务资源整合，建立以人为本的整合型卫生服务体系，各国相继开展实践并按照本国实情进行改善和优化。此后，整合型照护逐渐成为了应对慢病和老龄社会挑战的重要基础性政策[15]。2001年WHO将整合型照护定义为“是一个将与诊断、治疗、护理、康复和健康促进相关服务的投入、交付、管理与组织综合协调、融为一体的服务模式，旨在改善服务的可及性、质量，提高患者满意与服务效率”[16]。此外，也有学者从服务组织过程[17]、跨卫生和社会领域的服务整合[18]以及患者参与和赋能[19]等视角提出了对整合型照护概念的理解。

随着实践的推进，2015年WHO发布《以人为本的整合型卫生服务全球战略》，将整合型卫生服务（integrated health services）定义为“通过管理和提供在卫生部门内外不同级别和地点的协调一致的卫生服务，使人们在生命全程中均能根据自身需求获得连续的健康促进、疾病预防、诊断、治疗、疾病管理、康复和姑息治疗等服务”[20]。这一定义强调了“以人为本、协调分工、服务连续”的基本特征。此后，整合型照护和整合型卫生服务的概念被交替使用[14，21]。由于不同国家卫生系统的重点目标不同或者不同学者与不同学科关注的视角不同，整合型照护的内涵和实践模式也有所不同。

因此，整合型照护也被认为是一个综合概念，可以涵盖服务的过程（如何提供服务）、结果（提供什么服务）或理念（服务提供的基础价值）[15，22]。

综上，癌症生存者整合型照护应理解为是一系列不同的方法和模式，其核心内涵在于通过卫生部门内部以及跨部门间的协调、连接、合作，解决照护服务的碎片化和割裂问题，为癌症生存者提供协调、连续、全面的照护服务，以改善生存者的生活质量和服务体验，提升服务的质量与效率并增强费用的可负担性[23-24]。

2 癌症生存者整合型照护的代表性模式

由于卫生服务体系的背景不同，不同国家癌症生存者整合型照护的发展模式和深度也有所不同。VALENTIJN 等[22]在系统回顾整合型照护文献的基础上提出了整合型照护模式的彩虹模型，该模型以“以人为中心”和“以人群为基础”为两个指导原则，纵向上包含“宏观－中观－微观”层面，横向上涉及“功能整合”和“规范整合”在不同层面发挥连接作用。其中，系统整合发生在宏观层面，指体系内所有机构遵守相同规则和政策，也称体系整合；组织整合和专业整合发生在中观层面，指建立跨机构间的合作与治理关系或跨专业人员间的合作伙伴关系来提供全面、连续的服务；临床整合发生在微观层面，指在单一的服务过程中提供跨时间、跨地点、跨学科的协调服务[25]。

在英国和澳大利亚等拥有强大初级卫生保健系统的国家，主要通过初级卫生保健系统发挥“守门人”作用，横向上协调整合卫生服务与社会服务，纵向上通过双向转诊制度来整合社区医疗服务与专科医院服务。而美国等拥有综合医疗卫生系统的国家，整合已经发展为卫生服务体系的特征之一，形成各类服务提供组织和保险组织的一体化或合作联盟的服务体系。这都通过宏观层面卫生服务体系整合发展为癌症生存者获得全面、系统的照护服务提供了基础和支持。本文基于彩虹模型的中观和微观整合层面，介绍在癌症生存者照护领域中其理论或实践侧重于组织整合、专业整合或临床整合特征的代表性模式（表1）。其中，延续性照护模式和协调性照护模式更侧重于组织整合，因为二者均涉及不同机构及其提供者之间的协作与整合，以确保服务在不同时间、机构和地点间的连续和协调；跨学科共享照护模式、支持性照护模式侧重于专业整合，因为其强调不同专业领域的服务提供者之间的协作和整合，以满足患者的多方面需求；多学科诊疗照护模式和共享门诊模式侧重于临床整合，因为二者均涉及在同一个医疗过程中为患者提供多学科的协调服务，以促进全面、个性化的服务以及提高服务质量和效率。

2.1 组织整合模式

2.1.1 协调性照护模式：协调性照护目前并没有统一的概念。WHO 提出“协调性照护是指积极主动地将照护提供者连接在一起，以满足患者的需求，确保他们在各种环境下获得整合的、以人为本的照护”[26]。美国医疗保健研究与质量机构（Healthcare Research and Quality，AHRQ）在梳理协调性照护的四十余种概念的基础上提出“协调性照护指参与患者照护的多个主体（也包括患者本人）有意识地组织起来以促进卫生服务的适当提供，其中涉及人员和其他资源的调配，并通过不同主体之间的信息交换进行组织和管理”[27]。因而，协调性照护强调不同服务提供方之间的沟通、交流、协作与信息共享，促进照护计划的一致和连贯并确保各个环节的衔接和协调[28]，目的在于在合适的时间、合适的地点、提供适合的服务[29]。

表1 癌症生存者整合型照护模式及其特点

Table 1 Integrated care models for cancer survivorships and their main characteristics

类型	模式	特征	优势	不足
组织整合	协调性照护模式	不同和服务提供者之间的协调、沟通和资源共享，以促进服务的全面而连续	简化整体服务流程，提高工作效率和服务质量	对服务提供者的合作与沟通以及服务提供机构的组织协调能力要求较高
	延续性照护模式	服务在时间和地点上的连续性和稳定性，以确保患者在不同阶段都能够获得必要的服务	服务的连续和协调；注重医患关系和沟通；患者满意度高	需要耗费较高的医疗照护资源和人力成本
专业整合	跨学科共享照护模式	多学科团队的协作和专业知识的共享，提供全方位的照护服务	跨学科、跨部门共同参与照护并分摊责任，减轻专科医生负担，缓解照护人力不足	涉及服务提供者的变动，医患人际连续性不足；所需要资源较多，实施难度较大
	支持性照护模式	多学科、跨部门整合，以综合关怀和个体化支持为核心，满足患者多维需求，特别是医学措施外的需求	关注患者和照护者的个性化需求，有利于优化照护资源配置；强化心理社会支持，提高生活质量	对于照护资源和人力的需求较高，资源或人力匮乏的地区难以实施
临床整合	多学科诊疗照护模式	基于临床多学科协作，为患者提供全面、协调、综合的诊疗服务	诊疗具有全面性、精准性和个性化；简化诊疗流程，避免患者多次转诊、反复检查	对诊疗效果之外的服务关注较少；对医疗专业水平要求高；成本和费用较高
	共享门诊模式	集多个学科医生团队和资源，在同一个门诊环境下为多名患者提供综合服务	提高工作效率；可以形成支持网络；减少等待时间的同时延长医患接触时间	目前仅适用于门诊诊疗环节；患者存在隐私担忧，接受程度受限

患者导航（patient navigation）是协调性照护模式中最具有代表性的一种创新模式。患者导航最初由美国癌症协会（American Cancer Society，ACS）在 1989 年的贫困人口癌症听证会上提出，旨在通过基于社区的服务提供干预措施，解决癌症诊疗以及照护中的结构性障碍，如经济困扰、交通问题等，促进癌症和其他慢性疾病的及时诊断和协调性治疗，最终减少或消除癌症相关的不平等[30]。1990 年，FREEMAN 等[31]正式提出患者导航模式并应用于服务利用不足的乳腺癌患者人群。患者导航模式的核心目标在于促进癌症患者在复杂的医疗照护服务中的协调性，可以被看作是帮助患者在复杂的医疗体系中进行及时流动的协调引导机制。“导航员”可以是医疗专业人员（如医生、护士、社工等）也可以是非专业人员（如患者同伴、照护者等），需要具备与服务提供者和其他利益相关者进行有效沟通的能力，在医疗机构内部和跨机构间为患者及其家庭提供支持和指导，协助解决寻找医疗机构、安排预约、理解诊断和治疗选择等问题，确保其获得最佳的、及时的癌症治疗，并有效利用可用的照护资源[32]。患者导航模式已经逐渐发展成为解决癌症生存者服务可及性障碍的一种基本策略[33]。其在美国、加拿大、英国、巴西等国家陆续开展并得到认可，在提高癌症筛查参与度，缩短从筛查到诊断和从诊断到开始治疗的时间，减少激进治疗和再入院率，提高患者生活质量和服务满意度等方面具有积极的作用[34-35]。在我国，患者导航模式在癌症生存者领域的应用多集中于护理导航模式[36-38]。

2.1.2　延续性照护模式：延续性照护是初级卫生保健的核心价值和组成部分，当前也被诸多国家认可为克服卫生系统碎片化问题的重要策略[39]。WHO 将延续性照护定义为“随着时间的推移，一系列离散医疗事件中，人们所感受到的服务的协调一致和相互连接的程度，以及与其需求和偏好相一致的程度[26]。延续性照护是一个多维概念，主要包括[26]：（1）信息延续，指患者的临床或社会心理信息在不同时间或不同的医疗场所中的连贯；（2）人际延续，指患者与一个或多个卫生保健提供者保持良好的关系；（3）纵向延续，指患者在离散的就医经历中能长期与同一医生或医疗团队互动；（4）管理延续，指不同的照护提供者之间共享管理计划和照护协议，有效地沟通协作，以确保患者始终得到连续的照护。管理延续与协调性照护的概念高度一致，因而延续性照护和协调性照护也被认为是互相关联的概念[40]。

主观体验、时间延续和地点延续是延续性照护的核心要素[41-42]。主观体验强调延续性并不是卫生保健提供者和组织的特征，而是患者对服务的协调性、整合性的主观感受。时间的延续强调卫生保健系统从最初接触患者开始持续不断地为患者提供全程的、连续的服务；当患者处于疾病的不同历程中时，照护也要相应延续，比如从儿童青少年阶段转为成人阶段、从重症阶段转为临终关怀阶段等[43]。地点的延续强调患者从一个照护情境转移过渡至另一个照护情境时接受的服务的连续性，通常是指从医院向社区和家庭的照护延伸。

我国延续性照护的实践和研究主要集中在护理领域，因而也称为“延续性护理”，“延伸护理”，“过渡期护理”等，普遍采用的定义为“通过一系列的行动设计，以确保患者在不同的健康照护场所及同一健康照护场所（如医院的不同科室）受到不同水平的协调性与延续性的照护，通常指从医院到社区及家庭的延续，包括由医院制订的出院计划、转诊、患者回归社区或家庭后的持续随访与指导”[43]。主要研究也集中在患者出院前准备阶段及出院后一定时间内开展的延续性护理干预[44-45]。

2.2　专业整合模式

2.2.1　跨学科共享照护模式：跨学科共享照护模式是一种由多学科专业人员之间共同承担对癌症生存者的照顾责任的整合型照护策略[46]。该模式由多学科专家组建的团队参与照护方案的讨论及制定，每个专业人员都按照各自的角色和能力范围，负责特定领域或阶段的服务，以确保生存者得到全面的支持[47]。跨学科共享照护模式包括照护服务的横向整合和纵向整合。横向整合是不同的医疗及照顾专业专家或团队间的协作，如肿瘤科专家、心理学家、内科医师及顾问医师共同参与患者诊疗；纵向整合主要是在医疗系统上下级如基机构与肿瘤专科医院之间的转诊和协作[47]。全科和肿瘤专科之间的合作和责任分担也是该模式的核心内容[48-49]。

跨学科共享照护模式强调协作，核心理念是将照护任务分摊给不同的专业人员，将癌症急性期的照护任务分配给肿瘤专科医师，把以长期照护为中心的癌症延续期和永久期的照护任务分配给非肿瘤专科医师，有助于缓解肿瘤专科医师人力不足的问题[50]。为保证照护的质量，具体照护服务安排要依据生存者的风险评估分层来确定[47]。具体来说，根据生存者的基本信息（如年龄、性别）、癌症类型、并发症、治疗史、复发可能性等因素，将其分为高、中、低三个风险类别。对于低风险者，通常只需要进行基础的随访和治疗，可由基层机构及全科医生来负责；中风险者需要进行相对复杂的随访和治疗以预防或监测晚期效应的发生，需要专科医生和基层全科医生共同商定；高风险者则需要高度定制化的随访和治疗计划以及定期的专家会诊和复杂检查，需要通过专科医生主导、基层全科医生配合来共同实施[51]。该模式的示意图见图 1。

跨学科共享照护模式可以根据生存者的需求和病情

等提供个性化的照护，通过纵向和横向的整合，协调不同专业团队之间的合作，为癌症生存者提供全面、综合的关怀，体现了“以人为中心”的服务理念[47]。但是这一模式的实施一般需要由生存者照护机构或专科护士作为协调人来负责照护服务的纵向和横向协调，所需要动用的资源较多，实施难度也较大，在实践中限制了其使用和推广。我国目前尚未建立成熟有效的共享照护模式。

2.2.2　支持性照护模式：支持性照护也称支持性治疗，其概念最初由 FITCH[52]提出，指向癌症患者或曾经罹患癌症而目前处于康复期的患者，围绕癌症生存、症状缓解、丧亲以及临终关怀等问题，提供必要的服务，以满足他们在癌症诊断治疗期间或后续阶段的信息、情感、精神、社会或身体等方面的需要。癌症支持性照护多国学会（Multinational Association of Supportive Care in Cancer，MASCC）将癌症支持性照护定义为“预防和管理癌症及其治疗的不良影响，这包括从诊断到治疗再到治疗后照护的全过程中对身体和心理症状以及不良反应的管理，目的在于改善康复、预防继发癌症、改善生存及提高终末期照护质量”[53]。支持性照护模式认识到癌症生存者的照护不仅限于主动治疗阶段，还应注重长期随访和支持，确保生存者在整个生存旅程中获得持续的监测、随访以及长期结局、复发风险和其他相关问题的管理，改善生存者的整体结果和长期福祉[54]。姑息治疗与临终关怀被认为是支持性照护的重要形式[55]。此外，该模式也强调了照护者在患者生存旅程中的角色和作用，在支持照护者积极参与患者照顾和康复的同时也要促进其自身的健康和福祉[56-57]。

支持性照护模式强调多学科、跨部门的整合，包括肿瘤学家、社会心理学家、护士、康复治疗师、社会工作者以及家庭医生等在内的各领域的专业人员共同参与以应对生存者及其照护者面临的多种挑战[58]。支持性照护需求评估是其中的关键环节[59]。通过全面的评估来了解癌症生存者及其照护者的特定需求和问题，有助于为其提供个性化、有针对性的支持性照护服务，同时也有利于优化照护资源的配置[60]。从目前支持性照护的实践和研究进展来看，支持性照护模式主要关注癌症生存者及照护者在医药、手术等医学措施外的，能够预防、控制或缓解并发症及不良反应的各种照护需求[61-62]。

在支持性照护领域，我国已经积累了较为丰富的研究和实践成果[63]。中国抗癌协会肿瘤营养与支持治疗专业委员会首次提出了癌症支持性治疗的 SPENCER 模式，该模式包括包括灵性慰籍（spiritual，S）、药物/症状治疗（pharmacologic，P）、运动治疗（exercise，E）、营养治疗（nutrition，N）、沟通交流（communication，C）、情感梳理（emotion，E）、康复活动（rehabilitation，R）7 个方面[64]。此外，在支持性照护需求评估和支持性照护干预等领域，也进行了大量的研究和实践工作[65-67]。但仍需要进一步加强和完善相关政策和资源，以推动癌症生存者支持性照护的推广和发展。

2.3　临床整合模式

2.3.1　多学科诊疗照护模式：多学科诊疗是由多个不同学科的专家组成相对固定的专家组，在固定的时间、固定的地点聚在一起针对患者情况进行讨论，在综合各学科意见的基础上为患者制定出最佳的治疗方案，继而由相关学科或多学科联合执行诊疗决策的一种治疗模式[68]。肿瘤多学科诊疗理念由美国提出，现已被欧洲、美国、澳大利亚、加拿大、英国和新西兰等国家广泛采纳，并被视为癌症诊疗服务提供的金标准[69]。多学科诊疗模式充分体现了“以人为本”的诊疗理念，也是整合医疗中不可或缺的内容。除医学诊疗以外，目前多学科诊疗模式也开始重视医学心理专家和医学社会工作者的参与，来处理患者及其家属的心理和社会问题[70]。但一般来说，多学科诊疗模式的重点还是在癌症诊疗以及与诊疗效果相关的内容上。

此外，在一些特殊癌症（如乳腺癌、前列腺癌）中也出现了多学科“一站式”诊所（multidisciplinary one-stop clinics）服务模式，其本质也是多学科诊疗照护模式。在多学科“一站式”诊所模式中，患者在一次就诊中就可以同时连续接受多个专家的评估和诊断（如乳腺外科医生、遗传学家、遗传咨询师、肿瘤科医生），并可以选择心理服务预约，通过心理健康筛查以评估是否需要进一步的干预[71]。该模式避免了患者需要前往多个医疗机构进行反复就诊的重复医疗和时间浪费问题。此外，不同专业团队之间的协同工作有助于更好地理解病情，以在疾病的早期阶段制订出更全面和个性化的治

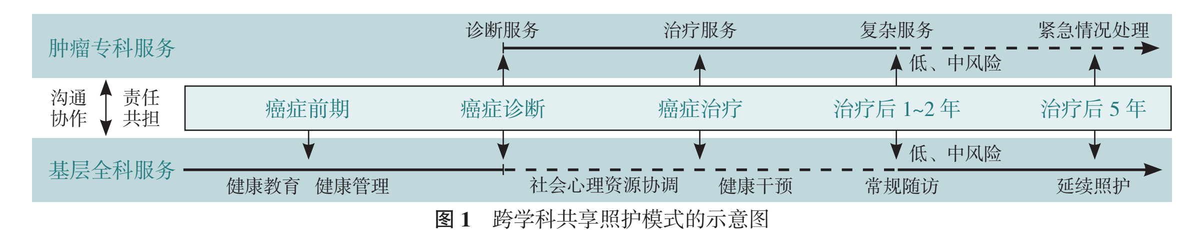


图 1　跨学科共享照护模式的示意图
Figure 1　Schematic diagram of multidisciplinary shared care model

疗计划。

我国在 20 世纪 70 年代就有了肿瘤多学科协作组的雏形，经过近几十年的发展，肿瘤多学科诊疗已经在胃癌、结直肠癌肝转移、胰腺癌、食管癌和肝癌等领域中广泛应用。2018 年 8 月，国家卫健委发布《关于开展肿瘤多学科诊疗试点工作的通知》文件后[72]，我国肿瘤多学科诊疗试点工作加快推进，肿瘤多学科诊疗模式也进入快速发展阶段。目前，肿瘤多学科诊疗也被写进癌症规范化诊治的专家共识和指南之中。

2.3.2 共享门诊模式：共享门诊被称为团体医疗访问，由 NOFFSINGER 博士于 1999 年提出的一种以患者为中心的、创新的、交互式的预约就诊模式，指将有共同需求的患者与一个或多个医疗保健提供者聚集在一起，在团体环境中进行长时间的医疗评估、治疗或健康教育的服务模式[73-74]。共享门诊最初应用于糖尿病，目前已经扩展到癌症生存者领域[75-76]。

共享门诊服务一般每次可持续 90 min，容纳 12~15 名患者共同参与。该模式结合了群体同伴支持和临床一对一服务两种有效模式。一方面，患者与医疗保健提供者以及其他患者一起参与集体讨论和交流，可以听取和参与他人问题的咨询和讨论；另一方面，与其他团体治疗如同伴支持、患者教育项目或团体心理治疗等不同，共享门诊模式还涉及在群体环境下由医疗保健提供者与每个患者单独谈论健康问题、诊断结果和处方需求，以解决个性化的照护需求[77]。共享门诊模式的优势包括为患者提供更多的时间与医疗保健提供者互动、建立支持网络、共享经验和知识以及提高医生工作效率和减少等待时间等[78]。但在实施中也面临着组织管理、患者隐私担忧，患者接受度、专业人员培训方面的挑战。目前我国尚未开展癌症共享门诊的相关研究与实践。

3 我国建立癌症生存者整合型照护模式的建议

目前我国还缺乏癌症生存者整合型照护的有效模式，整合型照护服务的有关实践或干预研究多集中在护理领域，癌症照护服务存在着“重治疗轻照护”的倾向，大量资源集中在医疗环节，心理社会等领域的照护资源相对不足。同时，不同领域机构和人员之间缺乏协调和合作，不利于为癌症生存者提供有效的整合型照护服务。此外，我国基层医疗能力相对薄弱，许多基层机构缺乏必要的设备、合格的人员和适宜的技术，还难以在复杂多维的癌症生存者照护工作中发挥作用。面对日益增长的癌症生存者照护服务需求，尤其是在人口老龄化和癌症患病率不断上升的背景下，建立癌症生存者整合型照护模式应成为我国癌症防控的重要任务之一。这将助于为癌症生存者提供全面、持续且高效的照护服务，提高其康复效果和生活质量，并有助于推动癌症防治工作整体水平的提升。结合我国卫生体系现状，本文对我国癌症生存者整合型照护服务的建设提出以下几个方面的建议。

3.1 建立生存者整合型癌症照护服务模式共识或指南

共识或指南的建立有助于确保各方，特别是医学与社会照护专业人员之间，在提供照护服务时具有一致的理解、指导原则与行动计划。共识或指南可以包括明确的照护服务目标、多学科团队合作方案、个性化照护计划制定、家庭和社区支持服务指导原则与流程标准、照护质量评估与持续改进措施、信息共享和协调管理以及教育和培训等内容。共识或指南的建立应组织医学、社会学、心理学和管理学等领域的多学科专家和相关利益方进行详尽的讨论和研究，并结合实践经验进行反复修订。同时要动员政府和相关部门提供支持与引导，通过宣传推广、培训教育等方式增强医护人员和公众对共识或指南的理解与认识，鼓励医疗机构和照护提供者自愿采纳和遵循，以推动共识或指南的采纳。

3.2 开展癌症生存者整合型照护模式试点探索

我国目前已经推动包括区域医联体、县域医共体、专科联盟在内的整合型医疗服务体系建设和医防融合的卫生体系建设，为开展整合型癌症生存者照护服务试点项目提供了有力契机。在区域医联体框架下，可以探索各级医疗机构共享资源、上下分工，实现癌症生存者照护的衔接与转诊服务模式和不同机构的分工协作模式。在县域医共体框架下，可以探索建立基于基层医疗机构的癌症照护团队，承担上级机构治疗患者的健康管理、心理社会支持、康复指导和随访等服务。在专科联盟框架下，可以探索不同级别和水平的癌症专科之间的紧密合作，共同制定分层照护方案并提供综合照护支持。此外，还可以借助医防融合卫生体系建设的契机，探索将癌症生存者的健康管理和康复指导纳入基层卫生体系或公共卫生服务体系当中。

3.3 建设癌症生存者整合型照护服务人才队伍

为了有效推进癌症生存者整合型照护服务的实施，需要培养和引进各类专业人才，并建立相应的职业发展机制以有效吸引和留住人才。首先，应重点培养管理人才来负责协调、规划和监督照护服务的运行；可考虑在卫生行政部门或肿瘤专科医院的行政、业务管理部门人员中选拔和培养。其次，也要注重培养组织协调人才在跨领域合作中发挥桥梁和纽带的作用；可考虑在各级医院中设立全职社工部门，由其人员负责服务资源的协调。此外，还需要培养具备专业技能的服务人才，除全科医生、护士、康复师等专业人才外，还要尽快推动照护员岗位培训制度的建设，通过建立职业认证制度、提供良好的职业发展路径和晋升机会，吸引更多优秀人才加入癌症照护服务领域。

3.4 提升基层癌症生存者照护服务能力

从国外照护模式的经验来看，基层医疗机构在癌症生存者照护服务中起到关键的作用。我国已经陆续开展了多项癌症早诊早治项目，基层医疗机构的能力在项目实施中不断获得提升[79]。未来可以在早诊早治项目的基础上，通过资源下沉和任务衔接，进一步提升基层机构的癌症防治工作效能。注重加强医务人员的培训和知识更新、特别注重癌症照护相关知识和技能的培训，提高基层在癌症康复、心理社会支持和临终服务方面的服务协调和服务提供能力。此外，通过基层医学生定向培养项目，有针对性地培养基层肿瘤或全科医学生，也是拓宽基层癌症照护人才渠道、提高基层癌症防治服务能力的重要措施。

3.5 加强癌症生存者整合型照护的政策支持

癌症生存者照护服务的可持续提供，政策支持至关重要。可鼓励政府通过优化资源配置、出台指导性文件、购买服务、提供经费支持和设立专门机构等措施，发挥癌症生存者整合型照护服务的引导和组织作用。另外，可探索照护服务的医保或长期护理保险创新支付政策，将癌症照护服务的诊疗项目纳入报销范围，加大康复护理、心理支持等非药物治疗的支付支持，以减轻患方的经济负担并为供方提供一定的经济激励。

综上，本文对当前代表性的整合型癌症生存者照护模式的概念框架、特征、应用进行了系统的梳理总结，在此基础上针对中国目前癌症生存者照护服务存在的问题，提出了一系列解决方案建议，旨在促进我国癌症生存者整合型照护模式的发展，提高癌症生存者的照护质量。未来的研究可以聚焦于以下几个方面：首先，对整合型照护概念的深入理解和界定，对现有整合模式在中国的适用性和效果进行评估和比较研究，寻找适合中国国情的模式；其次，深入研究癌症生存者整合型照护模式在特定群体中的应用效果；此外，还可以探讨政策、法规和管理制度改革的作用，以促进整合型癌症照护模式的落实和发展。这些研究将进一步推动我国癌症生存者整合型照护模式的实施和完善，提升癌症防治工作的水平和效能。

作者贡献：赵苗苗负责文章的构思与设计、论文起草、对稿件整体负责；高月霞负责文章的构思与设计、提供相关组织支持；徐燕飞负责研究资料的收集与整理；宗莉负责论文校对与修订；吴群红负责文章的质量控制及审校。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] SUNG H，FERLAY J，SIEGEL R L，et al. Global cancer statistics 2020：GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries[J]. CA Cancer J Clin，2021，71(3)：209–249. DOI：10.3322/caac.21660.

[2] ROWLAND J H，KENT E E，FORSYTHE L P，et al. Cancer survivorship research in Europe and the United States：where have we been，where are we going，and what can we learn from each other?[J]. Cancer，2013，119(0 11)：2094–2108. DOI：10.1002/cncr.28060.

[3] ZENG H M，CHEN W Q，ZHENG R S，et al. Changing cancer survival in China during 2003–15：a pooled analysis of 17 population–based cancer registries[J]. Lancet Glob Health，2018，6(5)：e555–567. DOI：10.1016/S2214–109X(18)30127–X.

[4] MAYER D K，NASSO S F，EARP J A. Defining cancer survivors，their needs，and perspectives on survivorship health care in the USA[J]. Lancet Oncol，2017，18(1)：e11–18. DOI：10.1016/S1470–2045(16)30573–3.

[5] THE LANCET. Cancer care：beyond survival[J]. Lancet，2022，399(10334)：1441. DOI：10.1016/S0140–6736(22)00698–5.

[6] OUWENS M，HULSCHER M，HERMENS R，et al. Implementation of integrated care for patients with cancer：a systematic review of interventions and effects[J]. Int J Qual Health Care，2009，21(2)：137–144. DOI：10.1093/intqhc/mzn061.

[7] SOO W K，YIN V，CROWE J，et al. Integrated care for older people with cancer：a primary care focus[J]. Lancet Healthy Longev，2023，4(6)：e243–245. DOI：10.1016/S2666–7568(23)00058–2.

[8] CHAN R J，CRAWFORD–WILLIAMS F，CRICHTON M，et al. Effectiveness and implementation of models of cancer survivorship care：an overview of systematic reviews[J]. J Cancer Surviv，2023，17(1)：197–221. DOI：10.1007/s11764–021–01128–1.

[9] CORTIS L J，WARD P R，MCKINNON R A，et al. Integrated care in cancer：what is it，how is it used and where are the gaps? A textual narrative literature synthesis[J]. Eur J Cancer Care，2017，26(4)：e12689. DOI：10.1111/ecc.12689.

[10] 刘端祺，王莉. 癌症生存者不能成为“失医者”[J]. 医学与哲学：B，2017，38(8)：12–14，86. DOI：10.12014/j.issn.1002–0772.2017.08b.04.

[11] 陈睿，杨君婷，尹世全，等. 国外癌症生存者照护模式研究进展及对我国的启示[J]. 中国全科医学，2022，25(4)：401–407，415. DOI：10.12114/j.issn.1007–9572.2021.00.274.

[12] STOKES J，CHECKLAND K，KRISTENSEN S R. Integrated care：theory to practice[J]. J Health Serv Res Policy，2016，21(4)：282–285. DOI：10.1177/1355819616660581.

[13] ARMITAGE G D，SUTER E，OELKE N D，et al. Health systems integration：state of the evidence[J]. Int J Integr Care，2009，9：e82. DOI：10.5334/ijic.316.

[14] GOODWIN N，STEIN V，AMELUNG V. What is integrated care?[M]//AMELUNG V，STEIN V，GOODWIN N，et al，eds. Handbook Integrated Care. Cham：Springer International Publishing，2017：3–23. DOI：10.1007/978–3–319–56103–5_1.

[15] SHAW S，ROSEN R，RUMBOLD B. What is integrated care？an overview of integrated care in the nhs research report[R]. London，2011.

[16] GRÖNE O，GARCIA-BARBERO M. Integrated care：a position paper of the who european office for integrated health care services［J］. International journal of integrated care，2001，1：e21.
[17] MUR-VEEMAN I，HARDY B，STEENBERGEN M，et al. Development of integrated care in England and the Netherlands：managing across public-private boundaries［J］. Health Policy，2003，65（3）：227-241. DOI：10.1016/s0168-8510(02)00215-4.
[18] LEUTZ W N. Five laws for integrating medical and social services：lessons from the United States and the United Kingdom［J］. Milbank Q，1999，77（1）：77-110，iv-v. DOI：10.1111/1468-0009.00125.
[19] A narrative for person-centred coordinated care［EB/OL］.［2023-09-23］. https://www.nationalvoices.org.uk/publications/our-publications/narrative-person-centred-coordinated-care.
[20] World Health Organization. Who global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026［R］. Geneva，2015.
[21] WANG X，SUN X Z，BIRCH S，et al. People-centred integrated care in urban China［J］. Bull World Health Organ，2018，96（12）：843-852. DOI：10.2471/BLT.18.214908.
[22] VALENTIJN P P，SCHEPMAN S M，OPHEIJ W，et al. Understanding integrated care：a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care［J］. Int J Integr Care，2013，13：e010. DOI：10.5334/ijic.886.
[23] ZONNEVELD N，DRIESSEN N，STÜSSGEN R A J，et al. Values of integrated care：a systematic review［J］. Int J Integr Care，2018，18（4）：9. DOI：10.5334/ijic.4172.
[24] ROCKS S，BERNTSON D，GIL-SALMERÓN A，et al. Cost and effects of integrated care：a systematic literature review and meta-analysis［J］. Eur J Health Econ，2020，21（8）：1211-1221. DOI：10.1007/s10198-020-01217-5.
[25] VALENTIJN P P，BOESVELD I C，VAN DER KLAUW D M，et al. Towards a taxonomy for integrated care：a mixed-methods study［J］. Int J Integr Care，2015，15：e003. DOI：10.5334/ijic.1513.
[26] World Health Organization. Continuity and coordination of care：a practice brief to support implementation of the who framework on integrated people-centred health services［R］. Geneva，2018.
[27] Agency for Healthcare Research and Quality［EB/OL］.［2023-07-15］. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/ccm_atlas.
[28] GORIN S S，HAGGSTROM D，HAN P K J，et al. Cancer care coordination：a systematic review and meta-analysis of over 30Years of empirical studies［J］. Ann Behav Med，2017，51（4）：532-546. DOI：10.1007/s12160-017-9876-2.
[29] MCDONALD K M，SUNDARAM V，BRAVATA D M，et al. Closing the quality gap：a critical analysis of quality improvement strategies（vol. 7：care coordination）［EB/OL］.［2023-10-23］. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/.
[30] FREEMAN H P，RODRIGUEZ R L. History and principles of patient navigation［J］. Cancer，2011，117（15 Suppl）：3539-3542. DOI：10.1002/cncr.26262.
[31] FREEMAN H P，MUTH B J，KERNER J F. Expanding access to cancer screening and clinical follow-up among the medically underserved［J］. Cancer Pract，1995，3（1）：19-30.
[32] CALHOUN E A，ESPARZA A. Patient navigation：overcoming barriers to care［M］. New York：Springer，2021.
[33] KNUDSEN K E，WIATREK D E，GREENWALD J，et al. The American Cancer Society and patient navigation：past and future perspectives［J］. Cancer，2022，128（Suppl 13）：2673-2677. DOI：10.1002/cncr.34206.
[34] CHAN R J，MILCH V E，CRAWFORD-WILLIAMS F，et al. Patient navigation across the cancer care continuum：an overview of systematic reviews and emerging literature［J］. CA Cancer J Clin，2023，73（6）：565-589. DOI：10.3322/caac.21788.
[35] 王丽丽，钱春娅 . 导航护理方案在癌症病人中的应用进展［J］. 护理研究，2020，34（13）：2320-2323. DOI：10.12102/j.issn.1009-6493.2020.13.012.
[36] 金培莉，闫亚敏，胡燕，等 . 导航护理模式在胃癌患者连续性全程管理中的初步探讨与实践［J］. 中国临床医学，2022，29（6）：992-998. DOI：10.12025/j.issn.1008-6358.2022.20221652.
[37] 姜萍 . 导航护理模式对食管癌患者生存质量的干预效果研究［J］. 黑龙江医药，2023，36（5）：1210-1212. DOI：10.14035/j.cnki.hljyy.2023.05.078.
[38] JIANG P. Study on the intervention effect of navigation nursing mode on the quality of life of esophageal cancer patients［J］. Heilongjiang Medicine Journal，2023，36（5）：1210-1212. DOI：10.14035/j.cnki.hljyy.2023.05.078.
[39] 钟芳萍，李龙香，钟明艳 . 导航护理模式对中重度癌痛患者的干预效果［J］. 护理实践与研究，2023，20（11）：1702-1707.
[40] ALAZRI M，HEYWOOD P，NEAL R D，et al. Continuity of Care：literature review and implications［J］. Sultan Qaboos Univ Med J，2007，7（3）：197-206.
[41] CHEN C C，CHIANG Y C，LIN Y C，et al. Continuity of care and coordination of care：can they be differentiated?［J］. Int J Integr Care，2023，23（1）：10. DOI：10.5334/ijic.6467.
[42] HAGGERTY J L，REID R J，FREEMAN G K，et al. Continuity of care：a multidisciplinary review［J］. BMJ，2003，327（7425）：1219-1221. DOI：10.1136/bmj.327.7425.1219.
[43] BAHR S J，WEISS M E. Clarifying model for continuity of care：a concept analysis［J］. Int J Nurs Pract，2019，25（2）：e12704. DOI：10.1111/ijn.12704.
[44] 应巧燕，徐克珮，刘桂英，等 . 我国延续性护理的概念分析［J］. 护理学杂志，2020，35（4）：82-85. DOI：10.3870/j.issn.1001-4152.2020.04.082.
[45] 刘丽华，陈红光，陈斌，等 . 我国食管癌病人延续护理实践现状［J］. 循证护理，2023，9（19）：3494-3497. DOI：10.12102/j.issn.2095-8668.2023.19.013.
[46] 罗捷，刘智华，王刘芳，等 . 宫颈癌带尿管出院病人的延续性集束化护理策略对降低尿路感染的影响研究［J］. 全科护理，2023，21（31）：4321-4324. DOI：10.12104/j.issn.1674-4748.2023.31.001.
[47] RECHIS R，BECKJORD E B，Sarah R. Arvey，et al. The essential elements of survivorship care：a livestrong brief［EB/OL］.

[2023-07-15]. https://www.livestrong.org/sites/default/files/what-we-do/reports/essentialelementsbrief.pdf.

[48] LOONEN J J, BLIJLEVENS N M, PRINS J, et al. Cancer survivorship care: person centered care in a multidisciplinary shared care model [J]. Int J Integr Care, 2018, 18 (1): 4. DOI: 10.5334/ijic.3046.

[49] LISY K, KENT J, DUMBRELL J, et al. Sharing cancer survivorship care between oncology and primary care providers: a qualitative study of health care professionals' experiences [J]. J Clin Med, 2020, 9 (9): 2991. DOI: 10.3390/jcm9092991.

[50] HALL S J, SAMUEL L M, MURCHIE P. Toward shared care for people with cancer: developing the model with patients and GPs [J]. Fam Pract, 2011, 28 (5): 554-564. DOI: 10.1093/fampra/cmr012.

[51] NEKHLYUDOV L, HUDSON S V. Integrating primary care providers in the care of cancer survivors: gaps in evidence and future opportunities [J]. Lancet Oncol, 2017, 18 (1): e30-38. DOI: 10.1016/S1470-2045 (16) 30570-8.

[52] OEFFINGER K C, MCCABE M S. Models for delivering survivorship care [J]. J Clin Oncol, 2006, 24 (32): 5117-5124. DOI: 10.1200/JCO.2006.07.0474.

[53] FITCH M I. Supportive care framework [J]. Can Oncol Nurs J, 2008, 18 (1): 6-24. DOI: 10.5737/1181912x181614.

[54] SURBONE A, BAIDER L, WEITZMAN T S, et al. Psychosocial care for patients and their families is integral to supportive care in cancer: MASCC position statement [J]. Support Care Cancer, 2010, 18 (2): 255-263. DOI: 10.1007/s00520-009-0693-4.

[55] KE Y, TAN Y Y, NEO P S H, et al. Implementing an inclusive, multidisciplinary supportive care model to provide integrated care to breast and gynaecological cancer survivors: a case study at an Asian ambulatory cancer centre [J]. Int J Integr Care, 2023, 23 (1): 14. DOI: 10.5334/ijic.6480.

[56] KAASA S, KNAUL F M, MWANGI-POWELL F, et al. Supportive care in cancer: new directions to achieve universal access to psychosocial, palliative, and end-of-life care [J]. Lancet Glob Health, 2018, 6: S11-S12. DOI: 10.1016/S2214-109X (18) 30086-X.

[57] MOLASSIOTIS A, WANG M. Understanding and supporting informal cancer caregivers [J]. Curr Treat Options Oncol, 2022, 23 (4): 494-513. DOI: 10.1007/s11864-022-00955-3.

[58] CHRISTOPHE V, ANOTA A, VANLEMMENS L, et al. Unmet supportive care needs of caregivers according to medical settings of cancer patients: a cross-sectional study [J]. Support Care Cancer, 2022, 30 (11): 9411-9419. DOI: 10.1007/s00520-022-07379-7.

[59] KRISHNASAMY M, HYATT A, CHUNG H, et al. Refocusing cancer supportive care: a framework for integrated cancer care [J]. Support Care Cancer, 2022, 31 (1): 14. DOI: 10.1007/s00520-022-07501-9.

[60] CAMPBELL S H, CAREY M, SANSON-FISHER R, et al. Measuring the unmet supportive care needs of cancer support persons: the development of the support person's unmet needs survey—short form [J]. Eur J Cancer Care, 2014, 23 (2): 255-262. DOI: 10.1111/ecc.12138.

[61] HARRISON J D, YOUNG J M, PRICE M A, et al. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review [J]. Support Care Cancer, 2009, 17 (8): 1117-1128. DOI: 10.1007/s00520-009-0615-5.

[62] FITCH M I. Supportive care needs of patients with advanced disease undergoing radiotherapy for symptom control [J]. Rev Can De Nurs Oncol, 2012, 22 (2): 84-100. DOI: 10.5737/1181912x2228491.

[63] 蔡英杰，史铁英，李艳娇. 乳腺癌患者支持性照顾需求研究进展 [J]. 中国康复理论与实践，2016，22 (7)：813-817. DOI：10.3969/j.issn.1006-9771.2016.07.016.

[64] 于恺英，于世英，巴一，等. 中国肿瘤支持治疗关键临床技术的发展与进步 [J]. 中国肿瘤临床，2020，47 (5)：222-226. DOI：10.3969/j.issn.1000-8179.2020.05.103.

[65] 石汉平，于世英，巴一，等. 肿瘤支持治疗范畴、模式与发展 [J]. 肿瘤代谢与营养电子杂志，2018，5 (4)：333-336. DOI：10.16689/j.cnki.cn11-9349/r.2018.04.001.

[66] 陈靖娴，闫星宇，盛智琼，等. 淋巴瘤幸存者支持性照护需求的混合研究 [J]. 护理学杂志，2023，38 (12)：97-101. DOI：10.3870/j.issn.1001-4152.2023.12.097.

[67] 张甜. 肺癌患者支持性照护干预方案的构建 [D]. 合肥：安徽医科大学，2018.

[68] 蔡英杰. 乳腺癌患者支持性照顾需求与生活质量的纵向调查及相关性研究 [D]. 大连：大连医科大学，2017.

[69] 叶颖江，王杉. 多学科专家组诊疗模式的组织和规范实施 [J]. 中国实用外科杂志，2011，31 (1)：22-24.

[70] SOUKUP T, LAMB B W, ARORA S, et al. Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature [J]. J Multidiscip Healthc, 2018, 11: 49-61. DOI: 10.2147/JMDH.S117945.

[71] AUSTRALIA C. All about multidisciplinary care [EB/OL]. [2023-07-15]. https://www.canceraustralia.gov.au/clinicians-hub/multidisciplinary-care/all-about-multidisciplinary-care.

[72] FIRTH C, TRIPATHI V, KOWALSKI BELLAMY A, et al. A unique service: how an embedded psychology team can help patients and genetics clinicians within a clinical genetics service [J]. Eur J Hum Genet, 2022, 30 (8): 955-959. DOI: 10.1038/s41431-022-01112-y.

[73]《关于开展肿瘤多学科诊疗试点工作的通知》[EB/OL].（2018-08-27）[2023-07-15]. http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s3594q/201808/0cfe48391dd14876951cf6262e28c062.shtml

[74] HAYHOE B, VERMA A, KUMAR S. Shared medical appointments [J]. BMJ, 2017, 358: j4034. DOI: 10.1136/bmj.j4034.

[75] RAMDAS K, DARZI A. Adopting innovations in care delivery – the case of shared medical appointments [J]. N Engl J Med, 2017, 376 (12): 1105-1107. DOI: 10.1056/NEJMp1612803.

[76] GREWAL U S, BROWN T, MUDIGONDA G R, et al. Using shared medical appointments for delivering patient-centered care to cancer survivors: a feist-weiller cancer center pilot study [J]. J Patient Exp, 2022, 9: 23743735211069834. DOI:



10.1177/23743735211069834.
[77] REED S C, PARTRIDGE A H, NEKHLYUDOV L. Shared medical appointments in cancer survivorship care: a review of the literature [J]. J Oncol Pract, 2015, 11 (1): 6-11. DOI: 10.1200/JOP.2014.001411.
[78] MEEHAN K R, HILL J M, ROOT L, et al. Group medical appointments: organization and implementation in the bone marrow transplantation clinic [J]. Support Cancer Ther, 2006, 3 (2): 84-90. DOI: 10.3816/SCT.2006.n.003.
[79] CABALLERO C A. Shared medical appointments: an innovative approach to patient care [J]. Nurse Pract, 2015, 40 (9): 1-6. DOI: 10.1097/01.NPR.0000470357.85590.46.
[80] 曹毛毛，陈万青. 癌症筛查和早诊早治——实现全民健康助力全面小康[J]. 中国肿瘤，2020，29（9）：641-643. DOI: 10.11735/j.issn.1004-0242.2020.09.A001.

（收稿日期：2023-11-01；修回日期：2024-01-11）
（本文编辑：毛亚敏）